

問 診 票

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	S・H・R	年	月	日
		年齢	歳	TEL			
住所	〒						
職業			記入日	年 月 日			

① 希望されるご相談内容に○をつけてください(複数回答可)

目 ・ 鼻 ・ しわ ・ たるみ ・ シミ ・ 毛穴 ・ ホクロ
 わきが ・ 多汗症 ・ 脱毛 ・ 赤ら顔 ・ にきび ・ ピアス ・ 刺青除去
 美容点滴/注射 ・ その他()

② 過去にエステまたは美容皮膚科・美容外科で施術を受けられたことがありますか？

はい はいの方 時期： _____

いいえ

施術内容： _____

③ 過去に大きな病気にかかったことはありますか？

心臓病 糖尿病 肝・腎疾患 脳疾患 その他()

いいえ

④ 何か内服している薬はありますか？

頭痛薬 便秘薬 睡眠薬 精神安定剤 ホルモン剤 避妊薬

抗凝固薬 その他()

いいえ

⑤ 女性の方へ：現在妊娠している可能性はありますか？

いいえ はい はいの方 (妊娠 _____ 週目)

授乳中ですか？

いいえ はい

⑥ お薬・食べ物・アルコール・金属など何かアレルギーはありますか？

いいえ はい はいの方 ()

⑦ 今までに麻酔(歯医者含む)の経験はありますか？

いいえ はいの方 (異常はありましたか？)

⑧ コンタクトレンズをされていますか？ はい いいえ

⑨ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ チラシ 紹介 (紹介者 _____ 様)

看板 自宅・職場が近くのため その他()

*経過をみるためにお写真を撮らせて頂きます



まさきクリニック